

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

320

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juin 1907, à 1 heure

PAR

Adrien MOY

Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Abcès Latéro-Pharyngiens chez l'Enfant

(Abcès de la région styloïdienne)

Président : M. GILBERT, professeur

Juges { *MM. ROBIN, professeur*
DEMELIN, agrégé
CARNOT, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

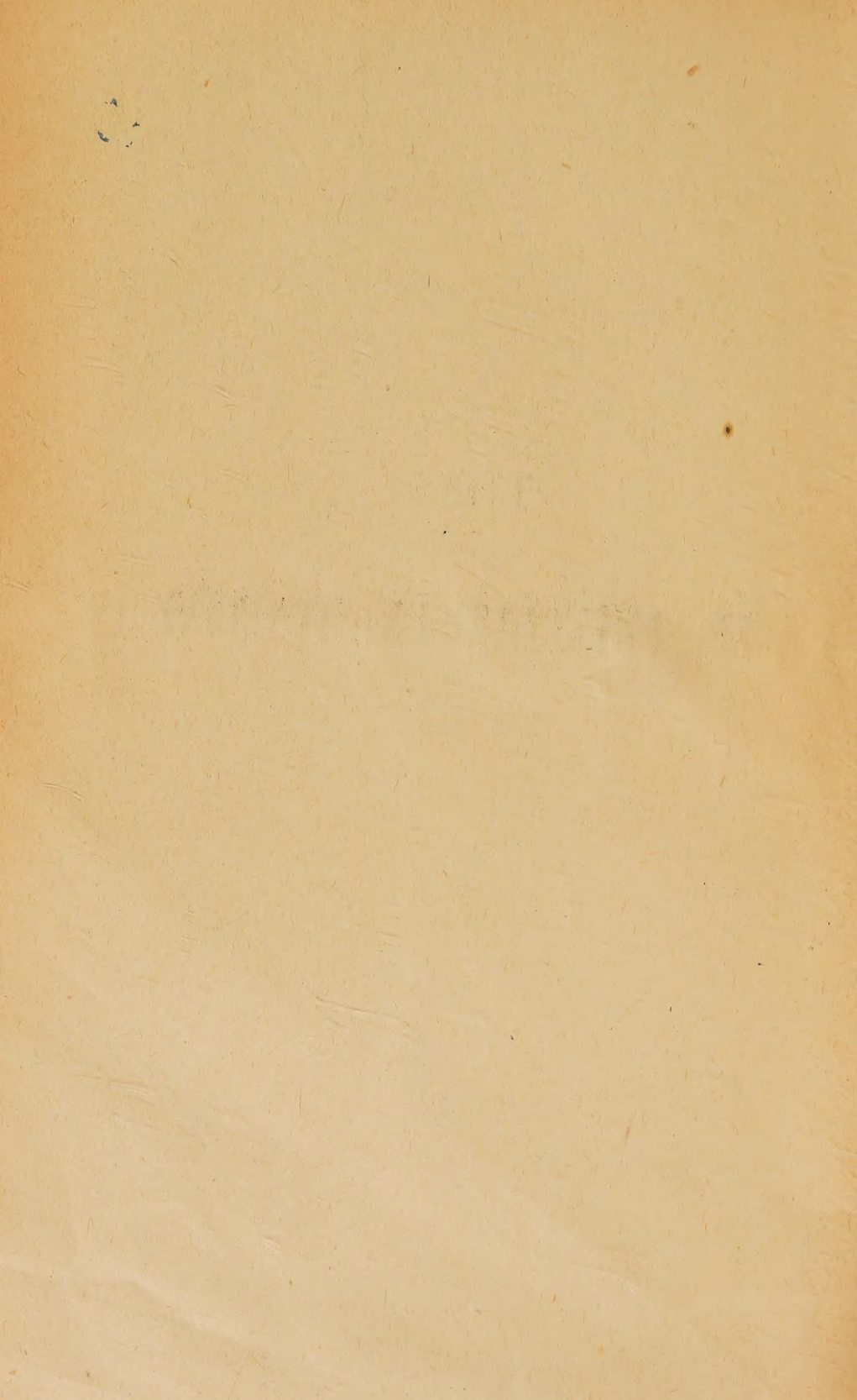
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

3

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 27 Juin 1907, à 1 heure

PAR

Adrien MOY

Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

Abcès Latéro-Pharyngiens chez l'Enfant

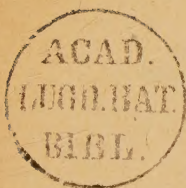
(Abcès de la région styloïdienne)

Président : M. GILBERT, professeur

MM. ROBIN, professeur

Juges } DEMELIN, agrégé

CARNOT, agrégé



Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL
	BRISAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL
Histologie	MATHIAS DUVAL
Operations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale	DIEULAFOY
	DEBOVE
	LANDOUZY
	GRANCHER
Maladies des enfants	JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux	LE DENTU
	TERRIER
Clinique chirurgicale	BERGER
	RECLUS
Clinique ophtalmologique	DE LAPPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	N...
	PINARD
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDEAU	GOSSET	MALLARD	des travaux anat.
BROCA (ANDRÉ)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROUX
CLAUDE	LABBE	MÉRY	Vaquez
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMELIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

320

A MON CHER PÈRE
LE DOCTEUR ADRIEN MOY

Mon premier et meilleur maître.

A MA MÈRE

Pieux hommage.

A MES SŒURS

A MES PARENTS

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'hôpital Broussais

Officier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
Abcès Latéro-Pharyngiens chez l'Enfant

AVANT-PROPOS

Au cours de nos études et de notre internat, il nous a été donné d'observer, chez de jeunes enfants, plusieurs cas d'abcès développés dans la région du pharynx et nous avons été frappé de la difficulté que l'on éprouve à diagnostiquer d'une façon exacte le siège de l'abcès, à prévoir son évolution et à préciser les indications thérapeutiques.

Aussi est-ce avec empressement que nous avons accueilli la proposition que nous a faite M. le professeur Hutinel de présenter comme thèse inaugurale une étude sur une certaine catégorie d'abcès latéro-pharyngiens chez l'enfant, abcès de la région styloïdienne.

Nous considérons comme un devoir de remercier, au début de notre travail, M. le professeur Hutinel

pour la bienveillance avec laquelle il a mis à notre disposition les documents et les observations nécessaires à notre étude. Nous ne lui saurons d'ailleurs jamais assez gré de l'affabilité qu'il nous a toujours témoignée et des excellents conseils qu'il nous a si souvent prodigués.

Mais, avant de commencer ce travail, qu'il nous soit tout d'abord permis d'accomplir ici un devoir de filiale reconnaissance en remerciant notre père, le Dr Moy, dont le grand exemple et les excellentes leçons ne nous ont jamais fait défaut, et continueront à nous guider dans la pratique difficile de la profession médicale. Nous tenons à l'assurer ici de notre profonde gratitude et de notre grande affection.

Que MM. les Drs Bertheux et Dayot, dans les services desquels nous eûmes l'honneur d'être externe pendant deux ans, et tous nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes, reçoivent ici l'hommage de profonde reconnaissance que doit tout étudiant à ceux qui, avec autant de bienveillance que de dévouement, dirigèrent ses premiers pas dans la carrière médicale.

Nous n'avons garde d'oublier les hôpitaux du Havre où nous venons de passer deux ans, au milieu de collègues qui furent tous nos amis, et dont nous garderons le meilleur souvenir. Les Maîtres que nous eûmes pendant notre internat, les Drs Leroy, Caron, Walch, Termet, Simon et en particulier le Dr Lenormand, qui nous a fait l'honneur de nous accorder sa confiance et nous a toujours laissé la plus large initia-

tive dans son service de chirurgie, ont droit à toute notre reconnaissance.

M. le professeur Gilbert nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse : nous lui en sommes respectueusement reconnaissant.

INTRODUCTION

Nous n'aurons en vue, dans ce modeste travail, que l'étude de quelques formes d'abcès latéro-pharyngiens qui nous ont semblé particulières par leur situation, leur symptomatologie spéciales et la difficulté parfois très grande que l'on éprouve à en faire le diagnostic. Nous n'avons donc pas la prétention de faire une revue d'ensemble ou une étude complète des abcès de la région latérale du pharynx chez l'enfant.

Les abcès latéro-pharyngiens ont été isolés comme entité morbide par MM. Broca et Morestin qui les ont nettement séparés de l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien avec lequel ils étaient autrefois confondus. L'anatomie normale et pathologique justifient d'ailleurs pleinement cette distinction. « Les deux groupes ganglionnaires avec lesquels la paroi pharyngienne est en rapport, dit M. Broca, étant fort éloignés l'un de l'autre, affectent avec des organes importants des rapports fort différents et surtout ne dépendent pas des mêmes territoires lymphatiques. » (Broca).

Mais ces abcès latéro-pharyngiens qui ont par

conséquent à l'heure actuelle une individualité bien définie et indiscutable peuvent siéger à des hauteurs différentes le long de la paroi latérale du pharynx. Nous en avons observé quelques-uns situés tout à fait en haut et en avant, bucco-pharyngiens pour ainsi dire, et d'autres, au contraire, venant faire saillie et s'ouvrir à la partie tout inférieure du pharynx, abcès latéro-pharyngiens inférieurs.

Aussi, avons-nous cru bon de donner tout d'abord un aperçu anatomique des régions où se développent ces abcès. Nous essaierons ensuite d'en faire l'histoire clinique, en citant au fur et à mesure les observations que nous avons pu recueillir et dont quelques-unes sont inédites.

ANATOMIE DES ESPACES PÉRI-PHARYNGIENS

Le pharynx est plongé au sein d'une atmosphère celluleuse, sorte de séreuse permettant les mouvements de cet organe dans l'acte de la déglutition.

Ce tissu cellulaire péri-pharyngien qui contient des vaisseaux et des nerfs très importants est, en outre, éminemment riche en réseaux lymphatiques dépendant, pour le plus grand nombre, de la muqueuse pharyngée et aboutissant à des groupes ganglionnaires bien définis qui peuvent être envahis par l'infection.

Les abcès péri-pharyngiens n'offrent pas une symptomatologie unique ; leur formation et leur évolution sont sous la dépendance des dispositions anatomiques. Or les espaces péri-pharyngiens ne constituent pas autour du pharynx une gaine celluleuse continue. Des aponévroses et des muscles forment des cloisons au milieu de ces espaces, et on peut dès lors les diviser anatomiquement en deux grandes classes :

1° *L'espace rétro-pharyngien*, situé entre le pharynx et la colonne vertébrale, limité sur les côtés par l'aponévrose latérale du pharynx, aponévrose

très résistante, qui le sépare nettement de l'espace suivant ;

2° *L'espace latéro-pharyngien* ou espace maxillo-pharyngien.

C'est de cette dernière région que nous nous occuperons spécialement et nous allons l'étudier d'un peu plus près.

Dans son tiers supérieur, la paroi latérale du pharynx répond à un large espace qui est circonscrit :

En dedans par le pharynx lui-même ;

En dehors par une cloison musculo-ostéo-aponévrotique composée de la branche montante du maxillaire inférieur doublée des deux muscles ptérygoïdiens et de l'aponévrose cervicale superficielle enfermant dans son dédoublement le sterno-cléido-mastoïdien ;

En arrière par l'aponévrose prévertébrale, l'aponévrose des scalènes et la cloison transversale du cou.

C'est l'espace maxillo-pharyngien, l'espace latéro-pharyngien supérieur de Gilis.

L'apophyse styloïde avec son bouquet de muscles : fleurs rouges du bouquet de Riolan (stylo-pharyngien, stylo-glosse, stylo-hyoïdien) et de ligaments fleurs blanches (stylo-hyoïdien, stylo-maxillaire) divise ce large espace en deux parties :

a) Une partie *externe*. C'est la loge parotidienne ou espace *glandulaire* de M. Sébilleau ;

b) Une partie *interne*, située en dedans de la paro-

tide entre cette dernière glande et le pharynx. C'est l'espace *sous-glandulaire* de M. Sébilleau.

Une lame conjonctive d'épaisseur variable, qui n'est autre que l'aponévrose parotidienne profonde, sépare nettement ces deux espaces.

L'espace *glandulaire* et son contenu (parotide, carotide externe, jugulaire externe) ne présentent avec le pharynx que des rapports médiats. Ils en sont toujours séparés par l'aponévrose parotidienne profonde d'abord, puis par l'espace sous-glandulaire.

L'espace *sous-glandulaire* se trouve situé comme l'indique son nom au-dessous de la parotide et c'est de lui surtout que nous avons à nous occuper.

Une lame fibreuse, l'aponévrose *stylo-pharyngienne*, disposée en sens frontal et tendue entre l'apophyse styloïde et l'angle latéral du pharynx, subdivise cet espace en deux parties ou loges :

1° *Loge antérieure*, préstylienne ;

2° *Loge postérieure*, rétrostylienne.

Nous dirons d'abord un mot de l'aponévrose stylo-pharyngienne et nous décrirons ensuite les deux loges qu'elle sépare. Cette aponévrose, encore appelée *aileron du pharynx* de Jonnesco, comble tout l'espace compris entre l'angle postérieur du pharynx d'une part, l'apophyse styloïde et le muscle stylo-pharyngien d'autre part. Avec les muscles styliens et le ligament stylo-maxillaire, elle forme le « diaphragme stylo-maxillo-pharyngien, qui, inséré en haut sur la base du crâne, de l'apophyse styloïde à l'épine du sphé-

noïde, s'étend en bas, en s'élargissant, de l'angle du maxillaire inférieur au pharynx en touchant l'os hyoïde (Gilis).

Abordons maintenant l'étude des deux loges pré et rétro-stylienne, et après avoir donné leurs rapports anatomiques, nous ferons l'histoire clinique des abcès développés dans chacune de ces deux régions.

I

LOGE PRÉSTYLIENNE

Cette loge (espace sous-glandulaire antérieur de M. Sébilleau) a la forme d'un angle dièdre dont le sommet serait dirigé en avant et dont les deux parois seraient formées : l'interne par le pharynx, l'externe par le maxillaire inférieur, doublé par le ptérygoïdien interne. La paroi interne de cet espace correspond à la partie de la paroi pharyngienne qui contient les piliers du voile et l'amygdale, et en raison de son importance nous insisterons spécialement sur cette paroi interne de l'espace sous-glandulaire antérieur ou para-amygdalien.

Cette face interne présente à l'étude la paroi du pharynx avec les piliers du voile comprenant entre eux l'amygdale.

Les piliers du voile sont constitués : l'antérieur par le muscle glosso-staphylin, le postérieur par le muscle pharyngo-staphylin. Dans les couches profondes sous-muqueuses de ces piliers se trouvent des amas de tissu adénoïde faisant partie de l'anneau lymphatique pharyngien de Waldeyer et des glandes en groupes parfois assez volumineux.

L'amygdale est située à la partie inférieure de la loge amygdalienne, limitée en avant par le pilier antérieur, en arrière par le pilier postérieur et dont le fond répond à la paroi pharyngienne. Entre l'amygdale et le pilier antérieur se trouve la fossette triangulaire de Killian. Au-dessus de l'amygdale se trouve toujours une dépression de forme et de structure variables, c'est la fossette sus-amygdalienne de Sappey. Killian la dénommait le hile de l'amygdale. L'amygdale contient un petit muscle l'amygdalo-glosse de Broca, dont l'existence a été niée à tort par certains auteurs.

Etudions maintenant le contenu de cette loge pré-stylienne.

Dans la partie postérieure se trouve logée la glande parotide et nous ne nous en occuperons pas.

La partie antérieure renferme des amas de tissu adénoïde noyés dans une masse graisseuse, molle, jaunâtre, rappelant par certains caractères la boule de Bichat et qui n'est qu'un simple tissu de remplissage.

D'après les données anatomiques que nous venons d'énoncer très brièvement, il est naturel qu'un abcès développé dans cette région, bridé en dehors par le maxillaire inférieur et ses muscles, en arrière par le diaphragme stylo-maxillo-pharyngien, ne peut s'ouvrir que du côté du pharynx, où la paroi se laisse beaucoup plus facilement distendre et traverser.

II

ABCÈS DE LA LOGE PRÉSTYLIENNE

L'histoire clinique de ces abcès suit naturellement la description anatomique que nous venons de faire de la région préstylienne, partie tout antérieure de l'espace maxillo-pharyngien ou latéro-pharyngien supérieur.

Étiologie. — La syphilis, le lymphatisme, le rachitisme sont capables de préparer favorablement le terrain, mais pour qu'il y ait inflammation et suppuration d'un ganglion une invasion bactérienne est nécessaire. Théoriquement l'invasion par voie sanguine est possible; l'abcès métastatique peut exister, mais il est plus qu'exceptionnel. Pratiquement, on doit considérer que les microbes arrivent aux ganglions par les vaisseaux lymphatiques et sont partis des régions où naissent ces vaisseaux, c'est-à-dire de la bouche, du pharynx, du nez, de l'oreille moyenne. C'est donc presque toujours à la suite d'une infection de ces régions que se produisent ces abcès. On ne peut donc pas être surpris de les voir compliquer la scarlatine, la rougeole, l'érysipèle, les oreillons. Le mode d'action de ces divers états infectieux est

double : d'une part, la résistance des tissus aux agents microbiens est diminuée et, d'autre part, les muqueuses bucco-pharyngées sont le siège de lésions qui servent de portes d'entrée à ces agents.

Mais nous devons bien reconnaître que ces abcès surviennent beaucoup plus souvent sous l'influence de causes plus banales et plus localisées que celles-là : la stomatite, l'amygdalite. « Ces abcès sont presque toujours la complication d'une angine », (A. Broca), d'une adénoïde, d'une otite moyenne, et fréquemment même, alors que ces affections sont en pleine décroissance. Chez l'enfant, la flore bactérienne très importante qui existe dans la cavité buccale au moment de l'éruption des dents doit également entrer en ligne de compte dans la pathogénie de cette affection.

Les abcès de la région préstylienne, pas plus que les autres abcès développés dans la région latérale du pharynx ne sont pas spéciaux à l'enfance.

L'âge a pourtant une certaine importance. Alors que les abcès rétro-pharyngiens s'observent presque exclusivement, ainsi que le fait remarquer M. A. Broca, chez les tout jeunes enfants au-dessous d'un an, les abcès latéro-pharyngiens se voient surtout chez les enfants au-dessus d'un an, et jamais avant cet âge.

Anatomie pathologique. — Certains auteurs, et en particulier Killian, placent les abcès périamygdaliens dans la fossette rétro-amygdalienne. Il est certain que l'inflammation débute très souvent, dans pres-

que tous les cas même, pourrait-on dire, à ce niveau, mais elle n'y reste pas localisée et se propage très rapidement au tissu cellulaire de la loge préstylienne.

Arsimoles, dans sa thèse de Toulouse (1902), semble avoir bien individualisé l'abcès de cette région préstylienne. Il l'a réalisé expérimentalement en injectant de la paraffine à travers la paroi du pharynx, au niveau de la fossette sus-amygdalienne et la dissection de cette collection artificielle lui a montré que :

1° La loge préstylienne est seule capable de permettre le développement de la collection purulente ;

2° Les déformations de la paroi pharyngienne sont les mêmes que celles observées dans les abcès pathologiques ;

3° Quelle que soit la force avec laquelle on pousse l'injection, la matière infectée n'envahit jamais la loge rétro-stylienne.

Mais il peut arriver que le pus, formé dans cette région préstylienne, fuse sous la muqueuse du voile du palais ou au niveau du pilier antérieur et vienne s'ouvrir à cet endroit. Nos deux observations se rapportent précisément à deux cas dans lesquels il se produisit des perforations au niveau ou en arrière du pilier antérieur.

Bactériologie. — De même que les causes qui provoquent ces abcès sont des plus banales, de même les agents bactériens qu'on y rencontre sont les microbes ordinaires de toute suppuration. Pas plus dans les cas où la contagion paraît vraisemblable, que dans

ceux, infiniment plus nombreux, où l'affection survient sous l'influence de causes inconnues, on ne trouve au niveau des parties enflammées de micro-organismes spécifiques.

L'examen bactériologique du pus de ces abcès y fait reconnaître la présence d'une quantité considérable de microbes et assez souvent on peut constater que parmi eux les individus appartenant à une ou deux espèces sont en majorité ; ces espèces microbiennes se trouvent d'ailleurs normalement dans la bouche des sujets sains.

« Parmi eux, c'est surtout au staphylococcus albus, et au streptococcus pyogènes, qu'on est en droit d'attribuer le rôle le plus actif, d'abord parce qu'on les sait pathogènes, et ensuite, parce que dans les cas où la maladie ne se borne pas à des lésions locales et se complique de lésions secondaires plus ou moins éloignées, on peut souvent constater la présence d'un ou deux de ces microbes, au niveau de ces lésions à l'exclusion des autres » (Charcot et Bouchard) (1).

Symptômes. — Dans toutes les infections, si légères soient-elles, de la bouche, du nez, du pharynx et de l'oreille, il faut penser à la production possible d'un abcès péripharyngien, qu'il soit rétro ou latéro-pharyngien.

Il faut y penser parce que le médecin prévenu accordera l'importance qu'ils méritent au cri nasal-

1. *Traité de médecine* de Charcot et Bouchard, 2^e édition, t. IV.

lard, à la dysphagie, à la gêne de la respiration, à la raideur du cou, tous symptômes qui s'installent insidieusement.

Le plus souvent, l'affection ne débute ni par douleur violente, ni par fièvre brusque et inquiétante. L'enfant paraît au contraire en convalescence de son angine ou de son adénoïdite, mais il refuse toute nourriture, se tient immobile dans son lit. Sa respiration est bruyante comme si des mucosités encombraient sa gorge ; il parle peu et crie peu, mais sa voix et son cri sont voilés, nasillards. La température oscille entre 38 degrés et 39 degrés, sans toutefois que l'on observe de grands écarts de suppuration.

La dysphagie, la raideur du cou, le timbre nasonné de la voix et du cri sont des symptômes d'une valeur d'autant plus grande qu'ils sont rares dans les affections de la gorge et du naso-pharynx, contrairement à ce qu'on observe chez l'adulte.

Les angines les plus intenses, pultacées, herpétiques, diphtériques même, déterminent si peu de dysphagie chez les enfants que la nécessité d'examiner systématiquement la gorge de tous les malades est de notion courante en clinique infantile, si on n'obéit pas à cette règle, on s'expose à commettre les plus grossières erreurs.

La dysphagie ne fait jamais défaut au contraire dans l'abcès de la région préstylienne, pas plus d'ailleurs que dans les autres abcès de la région latérale du pharynx. L'enfant a faim souvent ; il saisit

avidement le sein ou sa tasse de lait, mais il se rejette aussitôt en arrière et laisse couler hors de sa bouche la goutte de lait qu'il a voulu tenter d'avalier. L'intensité de cette dysphagie est caractéristique, et d'autre part on apprend par l'interrogatoire des parents que la déglutition a été gênée avant la respiration.

La dysphagie tient plus à la contraction douloureuse des muscles du pharynx qu'au volume de l'abcès car elle existe dès le début.

La voix ou le cri ont un timbre nasillard, très particulier, bien différent de la raucité qu'on observe au début du croup.

La respiration est constamment gênée, mais son trouble varie suivant le siège de l'abcès. Dans l'abcès préstylien la respiration se fait seulement par la bouche et est bruyante comme dans le coryza interne.

De tous ces différents symptômes aucun n'est pathognomonique, mais dès que l'un d'eux existe, l'examen minutieux de la gorge s'impose aussitôt.

Si se plaçant bien devant l'enfant solidement maintenu par un aide, on examine le fond de la gorge, on constate une augmentation de volume de l'amygdale qui est comme repoussée en dedans. Le pilier antérieur est également refoulé en avant et la tuméfaction peut venir faire saillie au niveau du voile.

Le toucher du pharynx donne des renseignements très précis, mais il est toujours très difficile à pratiquer chez les enfants. M. J. Renault conseille de se servir pour cet examen soit de l'ouvre-bouche de

Henhard ou de Collin, soit de doigtiers protecteurs en métal ou en caoutchouc. « Si enfin, dit-il, on n'a sous la main ni doigtier ni ouvre-bouche, l'enfant est assis sur le genou droit d'une personne qui lui maintient les bras et les jambes ; le médecin se place derrière lui, un peu à sa droite, passe le bras gauche sur le côté gauche de la tête, puis sous le menton pour ramener la main au niveau de la joue droite, qu'avec l'index il enfonce entre les arcades dentaires, pendant qu'il maintient solidement la tête appliquée contre sa poitrine ou sa hanche : l'enfant si on a bien exécuté la manœuvre est incapable de remuer la tête ou de mordre ; on peut avec facilité et en toute sécurité explorer la gorge avec l'index droit enfoncé dans la bouche (J. Renault) (1).

Le toucher du pharynx, ainsi pratiqué, permet de se rendre compte de l'existence de la collection purulente, de sa situation exacte, de son étendue, et du degré de résistance ou de fluctuation.

Si on porte le doigt au niveau de cette collection développée en avant ou en arrière du pilier antérieur du voile du palais, on sent une collection fluctuante déprimée en une sorte de boutonnière où le doigt peut s'engager. C'est le signe de Lemaistre (de Limoges), et celui-ci considère les lèvres de cette boutonnière comme formées par des faisceaux du glosso-staphylin, écartés les uns des autres.

Du côté du cou on constate également au niveau de

1. « L'abcès rétro-pharyngien. » *Médecine journalière. Archives de médecine*, 1903, t. I, p. 126 et suiv.

la région rétro-angulo maxillaire un empâtement diffus où il n'est pas toujours possible de reconnaître la forme des ganglions engorgés.

Les symptômes généraux et locaux vont en s'accroissant pendant quelques jours, puis vient une période d'état généralement assez courte qui se termine, si on n'intervient pas, par l'ouverture spontanée de l'abcès dans la cavité bucco-pharyngienne.

Marche et complications. — Les abcès de la région préstylienne sont généralement peu graves et n'entraînent pas les conséquences souvent fatales des abcès rétro-pharyngiens. La plupart du temps ils s'ouvrent d'eux-mêmes et leur évolution reste bénigne. Dans nos deux observations le pus vint se faire jour à un demi-centimètre en avant du pilier antérieur dans le premier cas, et en avant du pilier antérieur, mais à sa partie toute supérieure dans le second.

Cependant ces abcès ont pu parfois revêtir des formes plus graves, phénomènes généraux plus intenses, délire, convulsions, prostration et c'est dans ces formes particulièrement malignes que l'on a pu observer quelques cas de mort.

On a signalé comme complications rares, mais possibles, l'hémorragie artérielle succédant le plus ordinairement à l'ouverture spontanée de l'abcès. D'ailleurs, dans ce cas, ce n'est qu'un vaisseau de moyenne importance, tel que la palatine ascendante, branche de la faciale, ou la pharyngienne ascendante, branche de la carotide externe, qui est en

jeu. Nous sommes loin, par conséquent, des hémorragies presque toujours foudroyantes de la carotide interne qui peuvent se produire lors de l'ouverture spontanée ou provoquée des abcès de la région rétro-stylienne.

On a encore cité comme complications, la propagation du pus dans l'espace rétro-stylien et de là dans l'espace rétro-pharyngien, son irruption brusque entraînant la suffocation immédiate, dans les voies aériennes, au moment de l'ouverture spontanée.

Enfin M. le Dr Escat (de Toulouse) rapporte un cas de mort subite survenue au cours de l'intervention opératoire. Cet auteur attribue le mort à « un spasme réflexe du pharynx, compliquant un œdème de la base de la langue, de l'épiglotte et des parties supérieures du larynx. »

Diagnostic. — Le diagnostic ne présente guère de difficultés si l'on a soin de rechercher attentivement les signes que nous venons d'énoncer. La dysphagie, la raideur du cou, le timbre nasonné de la voix et du cri, bien différents de la raucité que l'on observe au début du croup, les signes physiques locaux du côté du pharynx et du côté du cou sont des symptômes de grande valeur qui n'échapperont pas au praticien averti.

Le diagnostic peut se poser cependant entre l'abcès préstylien et le phlegmon de l'amygdale.

La tuméfaction rétro-angulo-maxillaire, la douleur à ce niveau existent dans l'angine phlegmoneuse

mais avec une bien moins grande intensité. Mais c'est surtout par le siège de la tuméfaction pharyngienne que l'on arrivera à faire le diagnostic.

« Le phlegmon amygdalien est nettement endopharyngien, alors que l'abcès préstylien est nettement péri-pharyngien. La tuméfaction siège au niveau du pilier antérieur qu'elle repousse en dedans et en avant ; elle peut s'étendre en avant jusqu'aux dernières molaires, et en arrière sur le voile du palais et la luette qui sont œdématiés.

« D'ailleurs il peut y avoir coïncidence de ces deux affections et l'abcès préstylien peut reconnaître pour cause une amygdalite phlegmoneuse. » (Morestin) (1).

Traitement. — « Le traitement chirurgical des abcès préstyliens n'a été longtemps admis qu'avec beaucoup de réserves par les praticiens. Sans parler des médecins, qui, comme Trousseau, préconisaient l'abstention thérapeutique complète, beaucoup de chirurgiens, Verneuil en particulier, n'étaient nullement partisans de l'intervention systématique. » (Gilis) (2).

Au début le traitement peut être médical et viser à obtenir la résolution de l'abcès. Les uns ont préconisé l'application d'une vessie de glace en perma-

1. Morestin. *Traité de chirurgie de Delbet et Le Dentu*, p. 159-160, t. VI.

2. Gilis. *In* thèse de Calas. Montpellier, 1906.

nence au niveau de la tuméfaction externe, les autres l'application de compresses humides chaudes fréquemment renouvelées.

Mais il est imprudent et dangereux, à notre avis, surtout chez l'enfant, de s'en tenir à ces moyens purement médicaux et inefficaces le plus souvent. Il est nécessaire d'agir dès que le pus est formé, et certains même n'hésitent pas à préconiser l'incision précoce comme traitement abortif.

De nombreux procédés ont été donnés pour l'ouverture des abcès de la région préstylienne.

Lemaistre (de Limoges) fait l'incision dans la boutonnière qui porte son nom, au niveau du tiers supérieur du pilier antérieur du voile du palais. « Il faut, dit-il, enfoncer le bistouri à 1 centimètre et demi au moins de profondeur et plutôt plus que moins. »

Moure (de Bordeaux) recommande, et avec beaucoup de raison, croyons-nous, l'emploi du galvanocautère et fait l'incision dans la boutonnière de Lemaistre. En se servant, en effet, du galvanocautère, on évite les hémorragies qui peuvent se produire, et surtout on obtient une ouverture qui n'a pas tendance à se refermer aussitôt comme lorsque l'on use du bistouri, et qui permet le libre écoulement du pus.

Le Dr Châtellier se sert, pour l'ouverture de ces abcès préstyliens, soit du diciseur amygdalien à pointe mousse, soit du galvanocautère. Il introduit le diciseur en arrière du pilier antérieur et va à la

recherche de la poche purulente qu'il arrive à crever sans beaucoup d'efforts.

La position que l'on doit donner à l'enfant pour l'ouverture de ces abcès a une certaine importance et nous croyons utile de la donner ici.

« Un premier aide place les jambes de l'enfant roulé dans un drap entre les siennes qu'il croise, l'applique fortement contre sa poitrine en passant ses bras l'un au niveau des hanches, l'autre au niveau du thorax. Un second aide, placé derrière le premier, se tient debout, applique ses mains de chaque côté de la tête de l'enfant qu'il maintient solidement, bien droite. La bouche de l'enfant est maintenue ouverte par l'ouvre-bouche.

« L'opérateur enfonce le doigt jusque sur l'abcès et applique la pulpe au point le moins résistant ou le plus déclive, le bistouri garni de diachylon ou le couteau du galvano-cautère entouré de linges mouillés, est dirigé sur le bord externe du doigt et enfoncé de toute sa partie découverte. On incise de haut en bas sur une hauteur d'un centimètre à un centimètre et demi. Le pus fait irruption dans le pharynx et peut être aspiré dans le larynx : c'est précisément là le moment dangereux. Il faut qu'à cet instant précis, sur le commandement qu'on lui fait, le second aide incline fortement la tête de l'enfant en bas et en avant pour faciliter l'écoulement du pus par la bouche » (J. Renault) (1).

1. J. Renault. *Médecine journalière. Archives générales de Médecine*, 1903, t. I.

Nous devons reconnaître que parfois ces abcès s'ouvrent spontanément et sans provoquer d'accidents. Dans l'observation que nous devons à l'extrême obligeance de M. le professeur Hutinel, le pus vint se faire jour en deux endroits, en avant du pilier antérieur, et en arrière de ce même pilier.

L'abcès ouvert, le traitement n'est pas terminé. Il reste à prévenir les récurrences très fréquentes chez ces petits malades dont la région amygdalienne est le siège d'une infection chronique. Le seul traitement préventif vraiment raisonnable consiste dans l'ablation totale des deux amygdales et des végétations adénoïdes qui existent presque toujours en pareil cas.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le professeur Hutinel
aux Enfants-Assistés.)

Pierre Q. . . , né le 24 juillet 1904.

Ce petit malade était entré une première fois aux Enfants-Assistés dans le courant du mois de janvier 1906 pour une rougeole. Cette rougeole évolua sans complications. L'enfant passa en médecine le 7 février et fut rendu aux parents le 11 février.

L'enfant est entré aux sevrés en dépôt au commencement du mois de mai 1906, lorsque, le 5 mai, sa température monte à 38°6. La gorge examinée à ce moment, montre une légère rougeur et de l'augmentation de volume de l'amygdale gauche.

Le 6 mai, on constate une tuméfaction assez importante de la région rétro-angulo-maxillaire gauche. Il s'agit d'un empâtement diffus sans qu'il soit possible de reconnaître distinctement la forme des ganglions engorgés.

Pas de trismus, pas de cri de canard.

Le 7 mai, état stationnaire ; température un peu plus élevée, 39°3. Pouls à 120. Etat général assez mauvais.

L'amygdale gauche est augmentée de volume. A sa surface et empiétant un peu sur la luette, enduit blanchâtre, de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

A l'examen direct : cocci, streptocoques. Pas de bacilles de Loeffler. Staphylocoques et spirilles peu nombreux.

Après ensemencement pas de Loeffler : staphylocoques.

Le 8 mai, la température a baissé, elle n'est plus qu'à 38°5.

On remarque alors, à un demi-centimètre en avant du pilier antérieur du voile, une perforation de la dimension d'un gros pois à travers laquelle s'échappe un peu de pus pendant les mouvements réflexes du pharynx.

Entre les deux piliers il semble qu'il y ait une perforation de même dimension.

Le soir l'état général est meilleur. L'appétit revient. La température est à 37°8. Pouls à 90.

Les 9 et 10 mai, état très satisfaisant.

Le 11 mai, le petit malade est examiné par M. Chauveau qui ne peut se prononcer, étant donné qu'il n'a pas suivi l'évolution de l'affection.

L'orifice situé au-devant du pilier antérieur a subsisté une quinzaine de jours et s'est ensuite oblitéré totalement.

OBSERVATION II

(Due à l'obligeance de M. le Dr Walch, chirurgien des hôpitaux du Havre.)

Georges T..., trois ans, entré le 7 mars 1905.

Ce petit malade est entré à l'hôpital le 7 mars dans un état général très mauvais.

Température à 39°5, pouls à 130. Dysphagie complète, empêchant même le petit malade d'avaler sa salive qui s'écoule de sa bouche, en bavant. Cris et voix nasonnés, crillards.

Torticolis très accentué. On remarque du côté de la région cervicale une notable tuméfaction de la région rétro-angulo-maxillaire. Du côté du pharynx gonflement de l'amygdale du pilier antérieur qui est refoulé en avant et en dedans, et de la moitié droite du voile du palais.

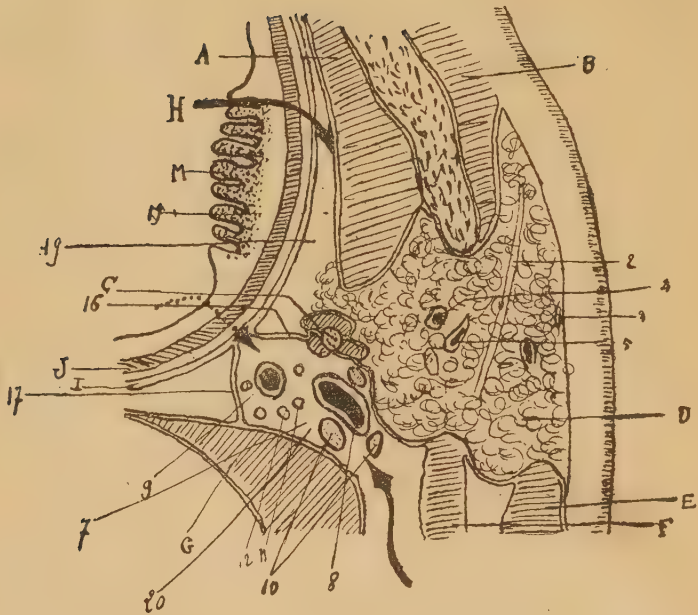
Le Dr Walch décide d'opérer sur-le-champ, et fait une incision au thermocautère sur le pilier antérieur. Il s'écoule un peu de pus dont on facilite la sortie hors de la bouche, en mettant aussitôt l'enfant la tête en bas.

Le 8 mars, la température n'est plus qu'à 37°8, le pouls à 85. L'enfant crache du pus. A l'examen de la gorge, on ne voit plus aucune tuméfaction de la région du pilier antérieur.

L'état général devient rapidement meilleur.

Le 20 mars, l'enfant est remis à ses parents complètement guéri, et l'orifice de l'incision est tout à fait oblitéré.

Il a été fait un examen de culture sur sérum du pus de l'abcès. Pas de bacilles de Loeffler. Staphylocoques en abondance, streptocoques. Quelques gros bacilles appartenant aux espèces liquéfiantes et putréfiantes.



Coupe horizontale passant par la partie moyenne de la parotide (D'après gravure extraite de l'anat. topog. de Testut et Jacob, p. 631).

A. Muscle ptérygoidien interne. — B. Masséter. — C. Apophyse styloïde et ses muscles. — D. Parotide. — E. Sterno-cleïdo-mastoidien. — F. Digastrique. — I. Aponévrose pharyngienne. — J. Constricteur supérieur. — M. Amygdale.

2. Facial. — 3. Ganglion parotidien superficiel. — 4. Carotide externe. — 5. Jugulaire externe. — 7. Tissu cellulo-graisseux de l'espace latéro-pharyngien. — 8. Jugulaire interne. — 9. Carotide interne. — 10. Ganglions latéro-pharyngiens. — 11. Nerf spinal. — 12. Nerf pneumogastrique. — 16. Aileron pharyngien. — 17. Cloison séparant l'espace latéro-pharyngien ou rétro-styléen de l'espace rétro-pharyngien. — 19. Espace pré-stylien. La friche en trait plein située en face la lettre H indique la voie à suivre pour ouvrir les abcès collectés en cet espace. — 20. Espace latéro-pharyngien ou rétro-stylien. La flèche pointillée montre que l'ouverture par le pharynx des collections développées dans cet espace, expose à léser les gros vaisseaux. — La flèche en trait plein placée en bas indique les voies à utiliser.

II

LOGE RÉTRO-STYLIENNE

Anatomie. — La loge rétro-stylienne est comparable à un prisme à quatre faces dont la base supérieure répond à la base du crâne et dont la base inférieure se continue librement en bas avec la région carotidienne.

« Il est limité sur les côtés, par quatre parois :

« Une paroi antérieure formée par le diaphragme stylo-maxillo-pharyngien dont nous avons parlé ;

« Une paroi postérieure formée par l'aponévrose pré-vertébrale, l'aponévrose des scalènes et la cloison transversale du cou ;

« Une paroi externe constituée par l'aponévrose cervicale superficielle et plus spécialement par la gaine du sterno-cleïdo-mastoïdien, par le muscle lui-même que renforce le ventre postérieur du digastrique ;

« Une paroi interne représentée par le pharynx et la cloison sagittale » (Gilis) (1).

Cette loge rétro-stylienne, à l'inverse de la loge

1. *La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien* (Gilis, Montpellier, 1905).

préstylienne qui, elle, ne contenait que des vaisseaux, des nerfs peu importants, renferme au contraire de gros vaisseaux dont les principaux sont :

La carotide interne ;

La veine jugulaire interne ;

L'artère carotide externe à son origine ;

L'artère occipitale.

La carotide interne et la jugulaire interne cheminent ensemble, l'artère en dedans, la veine en avant et un peu en dehors, puis elles se séparent pour se porter l'artère en avant, vers le canal carotidien, la veine en arrière vers le trou déchiré postérieur.

Derrière l'artère se trouve le pneumogastrique et ces trois organes sont enveloppés dans une gaine celluleuse commune.

La carotide externe, à son origine seulement, appartient à cette loge. Elle s'en échappe au bout de peu de temps pour pénétrer dans la loge parotidienne. Elle décrit dans la loge rétro-stylienne une courbure à concavité interne qui la rapproche surtout de l'amygdale (courbure amygdalienne).

Les nerfs contenus dans la loge rétro-stylienne sont :

Le glosso-pharyngien qui s'engage entre le stylo-pharyngien et le stylo-glosse.

Le pneumogastrique qui fait intimement partie du paquet vasculo-nerveux du cou dont il occupe la partie postérieure.

La branche externe du spinal ;

Le grand hypoglosse qui est le plus interne et le plus en arrière des nerfs de cette région ;

Le grand sympathique, qui, en réalité, fait plutôt partie de la région rétro-pharyngienne.

Ganglions. — Dans la région rétro-stylienne se trouvent des ganglions lymphatiques réunis par des anastomoses nombreuses et qu'on a pu diviser en trois groupes :

Le groupe postérieur, composé de petits ganglions échelonnés le long de la face interne du sterno-cléïdo-mastoïdien et reliés aux ganglions du triangle sus-claviculaire. Michaux cite un de ces ganglions envahi dans un cas de néoplasme malin de la parotide. (Thèse de Michaux, Paris, 1883) ;

Le groupe externe en rapport avec la gaine vasculaire du cou. Les ganglions les plus élevés constituent le groupe sous-parotidien et reçoivent les lymphatiques des fosses nasales et de la trompe d'Eustache : Les ganglions inférieurs, plus superficiels, réunissent les lymphatiques des piliers du voile, de l'amygdale et surtout ceux de la langue ;

Le groupe interne est constitué par de très petits ganglions rangés le long de la carotide interne. Il faut signaler dans ce groupe un petit amas ganglionnaire juxta-pharyngien logé dans l'interstice des constricteurs supérieur et moyen, au milieu d'un riche plexus veineux.

Étant donnés les nombreux ganglions disséminés un peu partout dans cette région, il n'est pas étonnant, ainsi que le fait remarquer le Dr Calas, dans sa

thèse de Montpellier, que les abcès qui s'y développent fusent rarement en bas dans la région carotidienne. L'infection, quand elle se produit, détermine en effet, ici, des adéno-phlegmons et les étapes ganglionnaires successives retardent longtemps la marche du pus.

ABCS DE LA RÉGION RETRO-STYLIENNE

Ce sont ces abcès qui se développent dans la partie toute postérieure de l'espace mastillo-pharyngien, dans la loge retro-stylienne ou espace sous-glandulaire postérieur de M. Sébileau.

Étiologie et pathogénie. — L'étiologie de ces abcès est à peu près la même que celle des abcès développés dans la loge préstylienne.

Ils sont consécutifs à l'infection du réseau lymphatique de la paroi latérale du pharynx buccal, du voile et de ses piliers, de l'amygdale et de la base de la langue.

Les ulcérations, si fréquentes chez l'enfant, de la bouche, du nez, du pharynx constituent autant de portes d'entrée.

« Tandis que la cause habituelle des adéno-phlegmons retro-pharyngiens réside dans une lésion siégeant sur les voies aériennes supérieures, les abcès latéro-pharyngiens dépendent d'une lésion siégeant sur les voies digestives supérieures.

Les adéno-phlegmons de la loge retro-stylienne ne sont quelquefois qu'une extension des abcès retro-pharyngiens qui, après avoir franchi la cloison sagittale, passent dans la loge retro-stylienne, mais deux

faits principaux sont à noter et ont été nettement mis en lumière par M. A. Broca.

« Les enfants en bas âge n'y sont pas spécialement prédisposés, à l'inverse des rétro-pharyngiens qui frappent presque exclusivement les nourrissons au-dessus d'un an. »

D'autre part, l'origine des abcès latéro-pharyngiens et des rétro-styliens en particulier est bien plutôt bucco-pharyngienne que nasale.

« Les abcès latéraux, dit encore M. A. Broca, sont d'ordinaire la complication d'une angine. Avec un peu de précision dans l'interrogatoire, vous mettrez la plupart du temps en évidence cette lésion originelle, tout en sachant que parfois, l'évolution est trop aiguë pour laisser aux parents, même attentifs, la liberté de faire ces constatations chez un enfant presque toujours très jeune (A. Broca). » (1).

Les lésions amygdaliennes et péri-amygdaliennes sont donc la cause habituelle de ces abcès qui peuvent également survenir à la suite de lésions de la base de la langue, du voile ou des piliers.

Les maladies générales à déterminations bucco-pharyngées : rougeole, scarlatine, etc... interviennent aussi comme facteurs étiologiques assez importants de cette affection.

Toutefois, comme pour les abcès de la région pré-stylienne, les causes les plus banales peuvent être

1. A. Broca. *Leçons de Clinique chirurgicale infantile*. Paris, 1905.

l'occasion de ces adéno-phlegmons et il peut être difficile parfois d'en retrouver l'origine.

Anatomie pathologique. — Comme dans l'espace rétro-pharyngien, on peut rencontrer ici trois sortes de lésions :

1° Inflammation simple du tissu cellulaire, ou cellulites diffuses ;

2° Adéno-phlegmons ;

3° Adénites bacillaires.

Nous n'avons à nous occuper, pour notre travail, ni des premières, ni des dernières.

Les adéno-phlegmons seuls nous intéressent. Nous venons de voir, en faisant l'anatomie de la région rétro-stylienne, que, dans cette loge, se trouvaient trois groupes de ganglions, ayant chacun une topographie bien arrêtée et bien distincte.

Chacun de ces groupes peut être envahi par l'infection à l'exclusion des autres ; de là les différents aspects que peuvent présenter ces abcès.

Si l'infection atteint les ganglions du groupe externe, l'abcès aura tendance à venir faire saillie au dehors et à refouler en dedans le paquet vasculo-nerveux.

Si, au contraire, ce sont les ganglions du groupe interne qui sont pris, la carotide interne sera refoulée en dedans. L'abcès aura tendance à venir faire saillie le long de la paroi pharyngienne et l'on comprend sans peine le grand danger que l'on fait courir au petit malade en faisant dans ce dernier cas,

l'incision du côté du pharynx, risquant ainsi de blesser la carotide.

Symptomatologie. — Les abcès de la région rétro-stylienne présentent une évolution généralement aiguë.

Gautier (de Genève) distingue cependant deux périodes :

- 1° Une période prodromique, dite angineuse ;
- 2° Une période d'état, ou d'adéno-phlegmon.

a) *Période angineuse.* — Ce sont les phénomènes généraux qui ouvrent la scène et la dominent. On observe de la fièvre, des frissons répétés, du délire, des vomissements. Parmi les phénomènes subjectifs le plus marqué et le premier en date est la dysphagie. « Interrogez habilement les parents, dit M. Broca, et vous apprendrez que la dysphagie a été le premier symptôme observé par eux. »

b) *Période d'abcès.* — Deux symptômes dominent alors la scène : la dysphagie et la dyspnée. L'enfant essaie de prendre le sein ou le biberon, mais dès les premières tétées il renverse la tête en arrière et se refuse à continuer. La dyspnée est assez marquée, beaucoup moins cependant qu'elle ne l'est dans les rétro-pharyngiens.

Les phénomènes généraux sont encore plus accentués. La température est autour de 39 degrés avec de faibles rémissions. On observe assez fréquemment des convulsions que l'on explique par la compression du nerf spinal et du nerf pneumogastrique. Cette même compression du pneumogastrique serait

la cause du hoquet que certains auteurs ont signalé.

Si les symptômes fonctionnels sont toujours moins accentués dans les abcès de la région rétro-stylienne que dans les abcès rétro-pharyngiens, les symptômes physiques sont en revanche beaucoup plus marqués et voici ce que l'on constate chez l'enfant atteint de cette affection. Il y a des signes du côté du pharynx et du côté du cou.

A l'examen du pharynx on voit une tuméfaction latérale, rougeâtre, soulevant la fosse amygdalienne, l'amygdale et les deux piliers en dedans. Cette tuméfaction s'étend en outre, comme un gros bourrelet vertical derrière le pilier postérieur et rend le pharynx asymétrique. C'est immédiatement en arrière de l'amygdale que se trouve le point culminant de la tuméfaction.

Si on pratique le toucher pharyngien on constate que la tumeur est molle, qu'à un moment donné elle est dépressible. On peut même trouver de la fluctuation entre le doigt pharyngien et deux ou trois doigts refoulant doucement de bas en haut et de dehors en dedans la région angulo-maxillaire.

A l'examen de la région cervicale, on observe à la partie supéro-latérale, dans la région angulo-maxillaire entre l'angle du maxillaire inférieur et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, une tuméfaction qui est d'autant plus apparente que l'infection aura atteint le groupe ganglionnaire le plus externe.

Cette tuméfaction est dure et douloureuse à la palpation ; c'est elle qui entraîne la raideur du cou

et le torticolis que l'on observe toujours dans cette affection.

Il est impossible, la plupart du temps, de reconnaître dans cette masse, la forme des ganglions engorgés. Toute la région environnante peut être le siège d'un véritable œdème.

Evolution et pronostic. — Les abcès de la loge rétro-stylienne peuvent s'ouvrir spontanément de deux côtés différents : du côté de la peau ou du côté du pharynx. L'ouverture spontanée est cependant beaucoup plus rare que dans les abcès de la région préstylienne et il serait très dangereux et très préjudiciable pour l'enfant d'y compter et de l'attendre.

La collection purulente peut également, ainsi que le fait remarquer M. Morestin, après avoir traversé la paroi pharyngienne, former une poche secondaire para-amygdalienne, c'est-à-dire fuser dans la loge préstylienne et présenter ainsi une disposition en bis-sac. M. Morestin relate à ce sujet une observation que nous croyons utile de transcrire entièrement ici :

« Etant interne de M. Richelot, j'ai observé à l'hôpital Tenon un abcès qui présentait cette disposition. On se transmettait la fluctuation de la poche cervicale à la poche pharyngée.

« Il est probable que le pus s'était formé d'abord en dehors du pharynx. La collection péripharyngienne était beaucoup plus considérable que la paraamygdalienne et cette dernière, si elle avait été primitive, se serait sans doute rompue dans le pharynx, avant

d'avoir déterminé ce volumineux abcès péripharyngien.

« L'incision pratiquée sur le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien me montra tous les organes de l'espace maxillo-pharyngien dissociés par le pus et comme disséqués, et me permit d'introduire une sonde cannelée jusqu'à la muqueuse du pharynx au devant de l'amygdale » (H. Morestin) (1).

Au point de vue pronostic, les abcès de la région rétro-stylienne sont moins graves que les abcès rétro-pharyngiens, et plus graves que les abcès de la région préstylienne qui s'ouvrent presque toujours spontanément.

Néanmoins on a signalé quelques complications dont nous devons parler.

La collection purulente peut fuser en bas dans la gaine vasculaire et déterminer une complication heureusement peu fréquente, mais particulièrement grave. Nous voulons parler de l'ulcération vasculaire.

Le paquet vasculaire est précisément situé au centre des trois groupes ganglionnaires où se produit l'infection ; il n'est donc pas étonnant que cette complication ait été signalée.

Quel est le vaisseau lésé ? C'est tantôt la carotide interne, tantôt la jugulaire interne, tantôt une branche de la carotide externe, suivant la situation plus

1. H. Morestin, in *Traité de Chirurgie* de P. Delbet et Le Dentu.

ou moins élevée de la collection purulente. Rien ne fait ordinairement prévoir cette redoutable complication. On ne la découvre que le jour où se produit dans le pharynx une hémorragie répétée ou foudroyante, ou bien encore au moment où l'on intervient pour ouvrir l'abcès. Duke rapporte un cas où la carotide s'ulcéra dans une poche purulente non rompue ; il en résulta un anévrysme faux, battant dans le pharynx. Les battements vasculaires ne sont peut-être pas toujours très nets et c'est ainsi sans doute qu'il faut expliquer la méprise de Chassaignac, incisant comme un simple phlegmon un de ces anévrysmes faux ; il est juste d'ajouter qu'il lia avec succès la carotide primitive et que l'accident n'eut pas d'autres suites.

Outre les complications communes à tous les abcès péripharyngiens, telles que l'œdème de la glotte ou l'irruption brusque du pus dans les voies aériennes, on a signalé encore la compression du pneumogastrique et la phlébite de la jugulaire interne.

Enfin on a noté des complications générales telles que la septicémie généralisée, la néphrite aiguë, l'endocardite ulcéreuse.

Diagnostic. — Lorsque la collection purulente est nettement formée et que les signes existent au complet, du côté du pharynx et du côté du cou, le diagnostic ne présente guère de difficultés et se fait surtout par l'examen direct et par le toucher.

Les phénomènes généraux de la première période sont, il est vrai, communs à beaucoup de maladies

de l'enfance et les phénomènes nerveux, parfois très intenses ont pu faire croire à une méningite.

La dysphagie et la dyspnée se retrouvent encore dans bon nombre d'affections infantiles, telles que laryngite striduleuse, croup, œdème de la glotte, corps étrangers des voies aériennes ; d'où la nécessité et l'importance capitale de l'examen direct de la gorge que l'on doit toujours faire chez les jeunes enfants.

On ne pourrait en réalité confondre le phlegmon de la région rétro-stylienne, qu'avec le phlegmon rétro-pharyngien ou l'abcès de la région préstylienne.

Le phlegmon rétro-pharyngien est surtout fréquent, n'existe même, d'après M. Broca, que chez les enfants au-dessous d'un an ; au-dessus de deux ans on ne le rencontre pour ainsi dire jamais.

Parmi les symptômes fonctionnels communs à ces deux affections, la dyspnée est moins accentuée dans les abcès de la région rétro-stylienne que dans les abcès rétro-pharyngiens, mais en revanche la dysphagie est aussi accentuée. Dans les abcès rétro-pharyngiens, la dyspnée arrive à être très intense, occasionnant du tirage sus-sternal et épigastrique pouvant faire penser à de l'œdème de la glotte, à de la laryngite striduleuse ou à du croup. Dans les abcès rétro-styliens, la dyspnée peut même ne pas exister ; la dysphagie existe toujours, dès le début et peut être très violente.

Mais ce seront surtout les symptômes physiques observés qui aideront à faire le diagnostic.

Dans les abcès rétro-pharyngiens, on trouve une saillie située nettement sur la ligne médiane pouvant d'ailleurs avoir un prolongement latéral, mais le point culminant du gonflement est médian. On ne constate rien du côté cervical.

Dans les abcès rétro-styliens au contraire, la tuméfaction pharyngienne est nettement latérale et la paroi postérieure est absolument nette. Le pharynx est asymétrique. Du côté de la région cervicale, on trouve une tuméfaction diffuse occupant la région angulo-maxillaire.

Dans l'abcès de la région préstylienne, le gonflement de la partie supéro-latérale du cou est moindre mais c'est surtout le siège de la tuméfaction pharyngienne qui est différent. Alors que dans les abcès de la région préstylienne la collection purulente vient faire saillie en avant du pilier antérieur au niveau du voile, ou en arrière du pilier antérieur entre les deux piliers, dans les abcès rétro-styliens, la tuméfaction est nettement en arrière du pilier postérieur qui est refoulé en dedans et en avant, la région amygdalienne et péri-amygdalienne est nette et ne présente aucun gonflement. Il peut d'ailleurs y avoir coïncidence d'abcès préstylien et d'abcès rétro-stylien.

Il ne semble pas que l'on puisse confondre facilement l'abcès latéro-pharyngien, qu'il soit pré ou rétro-stylien, avec un abcès froid symptomatique de

mal de Pott, abcès venant de faire saillie à la région angulo-maxillaire. Leur chronicité, l'absence de température, leur moindre douleur, les points douloureux vertébraux, les antécédents héréditaires ou personnels suffiront amplement à éclairer le diagnostic.

Traitement. — C'est peut-être surtout au point de vue du traitement qu'il y a intérêt à ne pas confondre les différentes formes d'abcès péripharyngiens.

L'abcès de la région rétro-stylienne se développe en dehors de l'aponévrose latérale du pharynx (cloison sagittale de Charpy) et peut par conséquent refouler vers le pharynx, le paquet vasculo-nerveux, alors que l'adéno-phlegmon rétro-pharyngien a, au contraire, tendance à le refouler vers la région cervicale.

Ces notions éclairent le traitement.

L'incision pharyngienne, recommandable pour les abcès rétro-pharyngiens, est condamnable ici ; elle expose à la blessure, toujours très grave, sinon mortelle, des gros troncs vasculaires.

« Sans doute aussi, dit M. Broca, ce malheur sera exceptionnel entre les mains d'un praticien averti et habile qui commencera à examiner avec grand soin, si la poche rétro-amygdalienne est pulsatile dans son ensemble, et si, surtout contre un point de sa paroi, on sent battre la carotide refoulée en dedans.

« Mais quand, chez l'enfant tout au moins (et c'est précisément le cas qui nous intéresse), on a pratiqué avec quelque fréquence, cette exploration des abcès péri-pharyngiens, on conclut que ces recher-

ches sont bien théoriques sur un sujet qui se débat, crie et asphyxie. Et, quand on est sûr de n'avoir rien senti battre, est-on sûr, comme on l'est en arrière, de pouvoir régler l'excursion de la pointe qu'il faut diriger en bas et en dehors, sans aucun pont osseux qui limite sa pénétration ? L'homme le plus habile ne saurait le promettre.

« Est-ce à dire que jamais l'incision par voie pharyngienne ne sera indiquée ? Je ne vais pas jusque-là. Dans certaines conditions, elle est sans danger et efficace. Mais je vous conseille en principe de ne pas vous y fier, à la fois parce qu'elle vous expose à des surprises opératoires pénibles et parce que insuffisamment déclive, elle peut être suivie de diffusion plus ou moins lente au cou le long de la gaine carotidienne (A. Broca) (1).

L'incision externe-cervicale, est donc préférable dans l'immense majorité des cas. Elle exige l'anesthésie générale et ne dure que quelques minutes.

Nous nous trouvons en face de deux procédés :

1^o *Procédé pré-mastoïdien*. — Incision sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien. Incision de l'aponévrose. On dissèque couche par couche au moyen de la sonde cannelée jusqu'à ce que l'on arrive sur le paquet vasculo-nerveux. On tombe alors soit sur des tissus infiltrés qui entourent l'abcès, soit sur la poche elle-même.

1. A. Broca, *Leçons cliniques de chirurgie infantile*. Paris, 1905.

Un aide introduit le doigt dans la bouche de l'enfant et refoule en dehors la paroi latérale du pharynx, tandis que le chirurgien, un doigt dans la plaie, apprécie la situation de l'abcès.

Ouverture de la collection purulente à la sonde cannelée. Ecoulement du pus. Désinfection de la cavité à l'eau oxygénée. Drainage.

2^o *Procédé rétro-mastoïdien.* — Cette seconde méthode est peut-être plus facile et expose à moins de dangers puisqu'on reste toujours assez loin des gros vaisseaux.

Incision le long du bord postérieur du sterno-cléido-mastoïdien, commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'apophyse mastoïde et ayant une longueur de 5 centimètres environ.

Incision de l'aponévrose cervicale moyenne.

Recherche du point de repère constitué par le sommet d'une aponévrose cervicale transverse.

Réclinaison du muscle et du paquet vasculo-nerveux. Dilacération du tissu cellulaire ou des tissus infiltrés à la sonde cannelée et ouverture de l'abcès.

Evacuation du pus. Désinfection à l'eau oxygénée. Drainage.

Si l'on emploie la voie pharyngienne pour l'ouverture des abcès rétro-styliens on peut se servir, comme pour les abcès préstyliens, soit du bistouri soit du galvano-cautère.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Recueillie dans le service de M. le D^r Walch.)

T... Georges, quatre ans, né à Paris le 2 janvier 1901.

Ce petit malade est entré à l'hôpital le 7 mars 1905, présentant les symptômes suivants :

Température 39 degrés, pouls 110. Dysphagie complète. Le petit malade essaie de boire à différentes reprises, mais les liquides qu'il prend refluent aussitôt par la bouche sans pouvoir être déglutis.

Torticolis très accentué.

On constate du côté du cou, une tuméfaction à gauche, occupant toute la région angulo-maxillaire. Cette tuméfaction est lisse et uniformément dure.

Du côté de la gorge, on voit une saillie de la paroi latérale gauche du pharynx, en arrière du pilier postérieur qui est refoulé en avant et en dedans.

L'enfant présente, par intervalle, des crises de suffocation.

Le D^r Walch décide de l'opérer le 8 mars au matin. Anesthésie générale.

Incision latérale en avant du sterno-cleïdo-mastoïdien. Dissection des tissus à la sonde cannelée. On ne trouve pas de pus. Drainage.

Le lendemain, les symptômes de suffocation, de dysphagie, la température élevée existant toujours, on fait une incision sur le pharynx. Pas de collection nette.

Cependant la température qui était de 40°5 tombe en deux jours à 37 degrés. L'état général redevient très rapidement bon.

L'enfant est sorti guéri de l'hôpital, le 13 avril.

OBSERVATION II

(Recueillie dans le service de M. le Dr Walch.)

J... Simonne, un an.

Entrée à l'hôpital le 3 mars 1907.

Le 13 février l'enfant a eu chez ses parents une rougeole à la suite de laquelle elle a fait de la broncho-pneumonie.

Guérie de ses symptômes pulmonaires, elle présente dans les premiers jours de mars des symptômes d'angine qu'un médecin, appelé, traite par des collutoires boratés.

Le 2 mars, les parents constatent que leur fillette présente au niveau de l'angle de la mâchoire à gauche, une tuméfaction assez prononcée, et devant des accès de dyspnée qui se succèdent à intervalles très rapprochés, décident de la faire entrer à l'hôpital où nous la voyons le 3 mars au matin.

Température 39°3. Pouls 115. Tirage sus-sternal et épigastrique assez prononcé. Quelques convulsions. Torticolis.

Nous constatons du côté du cou, un gonflement occupant toute la région rétro et angulo-maxillaire gauche. A l'examen du pharynx, on constate une voussure de la paroi latérale gauche, refoulant en avant et en dedans l'amygdale et ses deux piliers.

Opération faite le 3 mars, après anesthésie générale. Incision sur le bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien. Dissection à la sonde cannelée, qui à un moment donné, dilacère une poche d'où s'échappe un flot de pus épais, grumeleux. Désinfection de la cavité à l'eau oxygénée. Drainage au moyen d'une mèche de gaze stérilisée.

Pansements et lavages quotidiens.

L'enfant est sortie guérie et reprise par les parents le 15 avril 1907.

OBSERVATION III

(Broca et Lubert Baron). — *Les suppurations de l'apophyse mastoïde et leur traitement*. Paris, 1895, p. 52, parue dans la thèse de Collinet. Paris, 1897.)

Fistule mastoïdienne. — Absès latéro-pharyngien. — Trépanation de l'apophyse et de la caisse. — Incision de l'abcès. — Guérison.

C... Emilienne, trois ans et demi est présentée le 24 avril 1893, à la consultation de l'hôpital Trousseau.

Elle avait eu en 1892 la coqueluche, puis la rougeole et la fièvre typhoïde (?). Depuis, elle n'a jamais été rétablie, a eu de la gourme, des maux d'yeux, des croûtes dans le nez.

Six mois après otorrhée, puis gonflement rétro-auriculaire incisé deux fois : depuis deux mois il persiste une fistule.

L'enfant est malingre. Fièvre de temps en temps. Fistule rétro-auriculaire à droite.

Le 25 avril, respiration gênée, mal de gorge. On trouve en

arrière de l'amygdale droite, un gonflement rénitent, dont l'incision au bistouri donne issue à un flot de pus.

Membrane détruite, caisse pleine de granulations. Amélioration.

Le 1^{er} mai, l'abcès s'est reproduit.

Le 2 mai, trépanation de l'apophyse et de la caisse. Ablation des osselets malades puis, séance tenante, incision le long du bord antérieur du sterno-cleïdo-mastoïdien et drainage large de l'abcès latéro-pharyngien. Le doigt introduit dans la poche alla jusqu'au pharynx, mais en se portant vers la face interne de la mastoïde n'y sentit aucune dénudation.

Le 4 juin, guérison presque complète.

Revue en septembre 1894. Etat général et local, excellents.

OBSERVATION IV

(Natier. — *Statistique de la Polyclinique d'Otologie. Revue internationale de rhino-otologie*, 1894, n° 17, page 135, parue dans la thèse de Collinet. Paris, 1897.)

*Abcès rétro-stylien consécutif à une otite moyenne
suppurée.*

Enfant d'un an.

Écoulement d'oreille. Adénite de la région mastoïdienne depuis quinze jours.

Troubles de déglutition.

Tuméfaction du volume d'un œuf, derrière l'angle de la mâchoire. Fluctuation très nette entre le doigt palpan la tumeur cervicale et le doigt porté dans le pharynx.

Saillie de l'amygdale et du pilier antérieur gauche.

Incision sur le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien.

Ouverture de l'abcès sous le muscle.

La pression sur l'amygdale achève de vider l'abcès.

Plus d'écoulement d'oreille. Guérison.

CONCLUSIONS

I. — L'anatomie nous apprend que le tissu cellulaire qui entoure le pharynx est divisé par des cloisons musculo-aponévrotiques en deux grands espaces :

1° L'espace rétro-pharyngien ;

2° L'espace maxillo-pharyngien ou latéro-pharyngien.

II. — Ce dernier espace est lui-même divisé en deux loges par une barrière très nette formée par une extrémité osseuse l'apophyse styloïde, les muscles qui s'y insèrent (stylo-glosse, stylo-hyoïdien, stylo-pharyngien), « fleurs rouges du bouquet de Riolan » et les ligaments (stylo-hyoïdien et stylo-maxillaire) « fleurs blanches du bouquet de Riolan ».

La loge antérieure est la loge préstylienne ou espace sous-glandulaire antérieur de M. Sébilleau.

La loge postérieure est la loge rétro-stylienne ou espace sous-glandulaire postérieur de M. Sébilleau.

III. — A chacune de ces loges correspond une variété d'abcès.

IV. — Les abcès préstyliens, appelés souvent à tort, péri-amygdaliens, sont sous la dépendance d'une

infection venue de l'amygdale, infection qui se communique au tissu cellulaire préstylien :

a) Ils sont assez fréquents chez les jeunes enfants, au-dessus d'un an ; on ne les rencontre jamais au-dessous de cet âge ;

b) L'infection est due aux microbes banaux de la suppuration, staphylocoques et streptocoques ;

c) Leur ouverture spontanée est fréquente, mais il est préférable de ne pas l'attendre ;

d) On interviendra donc de deux façons, par voie pharyngienne :

Soit avec le diciseur amygdalien à pointe mousse que l'on introduira derrière le pilier antérieur et qui ira à la recherche de la collection suppurée ;

Soit avec le bistouri ou le galvanocautère de préférence, en faisant une incision au niveau de la boutonnière de Lemaistre, au niveau du tiers supérieur du pilier antérieur du voile du palais.

V. — Les abcès rétro-styliens, longtemps confondus avec les abcès rétro-pharyngiens dont ils ne sont parfois, à vrai dire, que l'extension, sont des adénophlegmons dont le point de départ se trouve dans les muqueuses voisines :

1^o Comme les abcès préstyliens on ne les voit que chez les enfants au-dessus d'un an ;

2^o Leur étiologie est le plus souvent banale : ils succèdent à des infections de la bouche, du nez, ou de l'oreille moyenne, et les microbes que l'on y rencontre sont ceux de toute suppuration.

3^o Leur ouverture spontanée est rare, et ne doit jamais être escomptée. On doit toujours les ouvrir

dès que les symptômes de dysphagie et de dyspnée apparaissent ;

4° La présence des gros troncs vasculaires : carotide interne; jugulaire interne, explique les complications possibles dont la plus grave est l'hémorragie artérielle.

Si l'abcès s'est développé aux dépens du groupe ganglionnaire interne, les vaisseaux étant alors refoulés en dehors, on pourra intervenir par le pharynx en ayant soin de tenir la pointe du bistouri ou du galvanocautère bien perpendiculaire au pharynx. On devra toujours, au préalable, rechercher avec le doigt, si l'on sent des battements artériels au niveau de la partie saillante de la tuméfaction.

Si au contraire l'abcès s'est développé aux dépens du groupe ganglionnaire externe, les vaisseaux étant alors refoulés en dedans, on interviendra par la voie cutanée et on aura le choix entre les deux procédés que nous avons indiqués : soit en avant, soit en arrière du sterno-cléido-mastoïdien.

Cette seconde méthode est de beaucoup préférable à la première et c'est à la voie cutanée que l'on devra avoir recours dans le plus grand nombre de cas, la voie pharyngienne devant être réservée à des cas tout à fait exceptionnels.

Vu : Le Président de la thèse :
GILBERT

Vu : le Doyen :
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BROCA (A.). — Les abcès péri-pharyngiens, *in* Leçons cliniques de chirurgie infantile. Paris, 1905.
- SÉBILEAU. — Démonstration d'anatomie, p. 121 et suiv.
- TESTUT. — Traité d'anatomie humaine, 4^e édition, t. IV.
- TESTUT et JACOB. Traité d'anatomie topographique avec applications médico-chirurgicales. Lyon, 1905.
- POIRRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie. Lymphatiques.
- GRANCHER et COMBY. — Traité des maladies de l'enfance, t. I.
- LE DENTU et DELBET. — Traité de chirurgie. Bouche et pharynx par Morestin. Larynx et trachée par Lubert Baron, t. VI.
- GILIS (P.). — La région parotidienne et l'espace maxillo-pharyngien (Montpellier et Paris, 1905).
- GILLETTE. — Des abcès rétro-pharyngiens idiopathiques (Thèse de Paris, 1867).
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, t. V (1^{re} édition). Journal des Praticiens : Année 1905, n° 11.
- LAURENS. — Chirurgie oto-rhino-laryngologique. Paris, 1906. (Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale de Berger et Hartmann).
- BOKAY. — (Buda-Pesth). Allg. Wien. med. Leitung (1876).
- CASTEX. — Maladies du larynx et du pharynx, 1905.
- CHAUVEAU. — Histoire des maladies du pharynx.

- BROUARDEL et GILBERT. — Maladies de la bouche et du pharynx (fascicule, 1906).
- DEGUY. — Quelques faits d'abcès juxta-laryngés (Revue de médecine, fév. 1903, page 155).
- PAGÉ. — Abscès périamygdalien. Pathogénie et traitement chirurgical (Bull. méd. de Québec, 1904-1905).
- MOST. — Congrès allemand de chirurgie, 1900.
- D'ESPINE et PICOT. — Traité des maladies de l'enfance, 1906.
- CAZALS. — Des abcès péri-pharyngiens. Etude anatomo-clinique. Thèse de Toulouse, 1905.
- ARSIMOLES. — Des abcès péri-amygdaliens (Thèse de Toulouse, 1902).
- ARNOZAN et MOURE. — Art. : Pharynx du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales. Paris, 1897, 2^e série.
- MAURIAC. — Annales des maladies de l'oreille et du pharynx.
- TILLAUX. — Chirurgie clinique, 5^e édition, 1906, t. I.
- Traité d'anatomie topographique. 2^e édition, 1903.
- MOURE. — Abscès amygdaliens et péri-amygdaliens. Diagnostic et traitement (Presse médicale, août 1901, n^o 68).
- ESCAT. — Traité médico-chirurgical des maladies du pharynx (Paris, 1902).
- GOL-GREUS (J.). — Un caso de absceso latero-faringeo (Med. di los ninos. Barcelone, 1904, V. 332).
- NOBÉCOURT. — Précis de médecine infantile, 1907.
- Adéno-phlegmon-latéro-pharyngien. Ulcération de la carotide externe. Revue générale de clinique et de thérapeutique. Paris, 1905, XIX, p. 529.
- Die entzündlichen Erkrankungen des lymphatischen Rachenrungs (Wien. med. Press.,) 1905, 969-976.
- Journal des Praticiens, année 1905, n^o 2.

- COLLINET. — Suppurations du cou consécutives aux affections de l'oreille moyenne de la mastoïde et du rocher. (Thèse de Paris, 1897).
- KLUG. — Absès pharyngé consécutif à infection auriculaire. Erosion de la carotide. Mort par hémorragie vingt-quatre heures après l'ouverture de l'abcès (Annales mal. oreilles, larynx, nez, pharynx, juillet 1904).
- BOTTEY. — Congrès International de médecine, 1906. Section d'Otologie et de laryngologie.
- RICARD (G). — Du traitement chirurgical de la péri-amygdalite palatine phlegmoneuse (Arch. int. de laryngol. Paris, 1904).
- TISSIER. — Diagnostic et traitement des abcès rétro-pharyngiens (Presse thérapeutique. Paris, 1904).
- Mort au moment de l'ouverture des abcès rétro-pharyngiens (Rev. gén. de Clin, et de Thérap. Paris, 1905).
- BOBONE. — Hémorragie inquiétante à la suite d'ouverture d'abcès péri-amygdaliens. (Bolletino de la mal. del Orecchio).

